



# ANONIEM TUSSENUITSPRAAK

Partijen : De heer A te B, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort en ASR  
Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Wachtlijstbemiddeling, Treeknormen geestelijke gezondheidszorg (GGZ), wanprestatie,  
schadevergoeding

Zaaknummer : 201801711

Zittingsdatum : 1 mei 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. :74 BW)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Extra en Tandarts Optimaal zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar erover geklaagd dat deze niets heeft gedaan om ervoor te zorgen dat hij tijdig (binnen de daarvoor geldende Treeknormen) geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kon krijgen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 oktober 2018 aan verzoeker medegedeeld zich niet in deze klacht te herkennen.

3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens aansprakelijk gesteld voor de door hem geleden schade van € 650,- per maand, bestaande uit gederfde inkomsten. Bij e-mailbericht van 30 oktober 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat geen grond bestaat voor vergoeding van deze schade.

3.3. Bij klachtenformulier van 19 oktober 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door hem geleden schade, bestaande uit ziekenhuiskosten en het mislopen van een fulltime baan, ten bedrage van € 650,- per maand te vergoeden, omdat hij onnodig lang heeft moeten wachten op een GGZ-behandeling. Tevens heeft verzoeker de commissie verzocht af te dwingen dat de ziektekostenverzekeraar zijn inkoopbeleid aanpast, zodat zijn verzekerden gegarandeerd tijdige zorg - dit betekent binnen de daarvoor geldende Treeknormen - kunnen krijgen (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden

op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 januari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op februari 2019 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft hierop op februari 2019 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 13 februari 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 maart 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 april 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 mei 2019 in persoon gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar tweemaal verzocht om wachtlijstbemiddeling. De ziektekostenverzekeraar heeft deze verzoeken niet adequaat behandeld waardoor hij onnodig vele maanden heeft moeten wachten op een passende behandeling door een GGZ-instelling. Na het tweede verzoek voor wachtlijstbemiddeling bleek namelijk dat hij in januari 2018 direct had kunnen worden behandeld door een GGZ-instelling in Leiden. Omdat verzoeker op dat moment - na een wachttijd van negen maanden - echter ook terecht kon bij een andere GGZ-instelling, het dr. Leo Kannerhuis, heeft hij ervoor gekozen bij deze instelling een intakegesprek te voeren. Hij is vervolgens direct doorverwezen naar GGZ-instelling Fivoor in Haarlem. Deze GGZ-instelling had, net als de GGZ-instelling in Leiden, geen wachtlijst zodat verzoeker ook daar direct in januari 2018 had kunnen worden behandeld. Naar de GGZ-instelling in Haarlem had hij weinig reistijd gehad, omdat hij in deze stad woont. Verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geconcludeerd dat hij niet wilde reizen voor zijn behandeling.
- 4.2. Verzoeker heeft onnodig lang moeten wachten op een GGZ-behandeling, omdat de ziektekostenverzekeraar hem niet heeft gewezen op de twee instellingen waar hij direct terecht had gekund. Verzoeker heeft door het onnodig lang wachten op de noodzakelijke zorg schade geleden van € 650,- per maand. Deze schade bestaat uit gemaakte ziekenhuiskosten en het mislopen van (het salaris horende bij) een fulltime baan. Verzoeker *"zat vast in de ziekwet"*.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar moet zijn inkoopbeleid zodanig inrichten dat zorg binnen de daarvoor geldende Treeknormen aan zijn verzekerden kan worden geleverd. De commissie moet de ziektekostenverzekeraar hiertoe verplichten.
- 4.4. Verzoeker is verder zeer ontevreden over het contact met de ziektekostenverzekeraar. Hij moet lang wachten voor hij te woord wordt gestaan, afspraken worden niet nagekomen en klachten worden niet binnen een redelijke termijn afgehandeld. Dit alles is het gevolg van personeelstekorten die ontstaan doordat de ziektekostenverzekeraar minimaal investeert in zijn organisatie.

4.5. Volgens verzoeker is de afgelopen jaren onvoldoende geïnvesteerd in de GGZ, met personeelstekorten tot gevolg. Door deze personeelstekorten hebben vele zelfdodingen in die sector plaatsgevonden. Dit laatste wordt gestaafd door het door verzoeker overgelegde nieuwsbericht, waaruit naar voren komt dat een kwart van alle zelfdodingen in de GGZ het gevolg is van personeelstekorten. Volgens verzoeker is sprake van "criminele nalatigheid" en dood door schuld door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder Minister van VWS). Ook de zorgverzekeraars hebben een verantwoordelijkheid in de zelfdodingen in de GGZ. Zij contracteren namelijk onvoldoende zorgaanbieders en vergoeden bovendien maar 75% van de kosten. Verzoeker benadrukt dat de Treeknormen - in tegenstelling tot hetgeen de Geschillencommissie Zorg heeft geoordeeld - geen richtlijnen zijn, maar wetten. Hieraan ontleent hij rechten, hetgeen wordt onderschreven door de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: NZa). Volgens verzoeker zijn de Treeknormen een illusie.

4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de ziektekostenverzekeraar in het kader van zijn verzoek voor wachtlijstbemiddeling heeft medegedeeld dat hij liever niet wilde reizen, maar dat als dit noodzakelijk zou zijn voor de behandeling, hij hiertoe toch bereid was. Ook stond hij ervoor open behandeld te worden door een andere GGZ-instelling dan het dr. Leo Kannerhuis. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, verleent GGZ-instelling Fivoor niet alleen zorg aan gedetineerden. Deze instelling levert volgens verzoeker ook zorg aan GGZ-patiënten zoals hij. Hij benadrukt dat zijn reisafstand naar GGZ-instelling Fivoor op dit moment tien minuten is. Ook toen verzoeker nog in Driebergen woonde was de reisafstand naar deze GGZ-instelling voor hem goed te doen. Doordat hij (onnodig) lang heeft moeten wachten op behandeling, is hij zijn baan en vriendin kwijtgeraakt.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft een zorgplicht wat betreft wachtlijstbemiddeling. Hij benadrukt dat deze zorgplicht niet in de plaats komt van de verantwoordelijkheid die de patiënt en zijn behandelaar hebben bij het verkrijgen van de noodzakelijk zorg. Wachtlijstbemiddeling houdt volgens artikel 3 van de verzekeringsvoorwaarden in dat een verzekerde wordt verwezen naar een andere zorgaanbieder door wie hij sneller kan worden geholpen. De ziektekostenverzekeraar doet niet aan 'wachtlijstverdringing' en kan niemand verplichten zorg af te nemen van een bepaalde zorginstelling als diegene daar niet voor open staat. Aan dit laatste staat de vrije artskeuze in de weg. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft hij zijn contractuele verplichting tot wachtlijstbemiddeling niet geschonden. Verzoeker heeft hem in het telefoongesprek op 19 februari 2018 immers verzocht te bewerkstelligen dat hij sneller voor behandeling bij het dr. Leo Kannerhuis terecht kon dan de wachtlijst van deze GGZ-instelling op dat moment toeliet ('wachtlijstverdringing'). Hij stond vanwege de kennis en expertise van deze instelling op het gebied van autisme niet open voor bemiddeling naar een andere GGZ-instelling ('wachtlijstbemiddeling'). Een en ander blijkt uit het verslag van het gesprek van genoemd telefoongesprek. Dit luidt, voor zover hier van belang: "(...) **Inhoud Contact:** Dhr wil WLB voor de GGZ. Hij staat nu op de wachtlijst voor maanden bij het Leokannerhuis. Hij wil niet naar een andere instelling aangegeven dat wij dan niets kunnen doen. Hij wil alleen WLB zodat hij dan verder kan met zijn klachten. Daarna toch wel dat er gebeld zal moeten worden. Hem teruggebeld dat er in de omgeving alleen instellingen zijn die de diagnostiek doen. Doordat het nu om zeer specifieke specialistische hulp gaat kunnen wij alleen nog voor hem informeren wat de reden is wat de wachtlijst zo lang maakt. Dhr is ook niet in de mogelijkheid om verder te reizen dan 20 km. afgesproken dat ik hem hierover a.s. donderdag terug bel. **Inhoud Medische notitie:** Dhr loopt al enkele jaren bij de GGZ. geeft aan dat er maar weinig zijn die deugen en vindt de zorg niet toereikend en zeker de wachtlijsten niet. Hij heeft nu een doorverwijzing voor autisme en is hiervoor al gediagnostiseerd maar moet nu een behandeling krijgen. Hij staat nu op wachtlijst leokannerhuis, zij zijn gespecialiseerd in autisme." De ziektekostenverzekeraar heeft bij het dr. Leo Kannerhuis geïnformeerd wat de oorzaak is van de lange wachttijd en het antwoord daarop op 22 februari 2018 aan verzoeker teruggekoppeld.

5.2. Verzoeker was aangewezen op behandeling van autisme. De GGZ-instelling in Haarlem richt zich op andere patiënten dan die met (alleen) autisme. Deze instelling biedt, naast enkele andere vormen van hele specifieke GGZ, reclasserings- en forensische zorg aan. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker om deze reden niet naar de GGZ-instelling in Haarlem verwezen. De andere GGZ-instelling die verzoeker naar eigen zeggen direct had kunnen behandelen, is gevestigd in Leiden. Omdat de reisafstand tot deze GGZ-instelling voor verzoeker meer dan twintig kilometer bedroeg, heeft de ziektekostenverzekeraar hem ook niet naar deze GGZ-instelling verwezen. Hij was immers volgens zijn verklaring niet in staat meer dan twintig kilometer te reizen.

5.3. Toen verzoeker op 12 september 2018 mededeelde dat hij in januari van dat jaar al terecht had gekund bij de GGZ-instelling in Leiden, heeft de ziektekostenverzekeraar bewerkstelligd dat verzoeker direct bij deze instelling terecht kon. De medisch adviseur heeft op 16 oktober 2018 contact gezocht met de betrokken GGZ-instelling. Tot zijn verbazing was verzoeker op dat moment aldaar (nog) niet bekend.

5.4. Naast het feit dat de ziektekostenverzekeraar zijn verplichting tot wachtlijstbemiddeling niet heeft geschonden, heeft verzoeker de volgens hem geleden schade op geen enkele wijze aannemelijk gemaakt. Bovendien ontbreekt een causaal verband tussen de gestelde schade en de volgens verzoeker geschonden contractuele verplichting tot wachtlijstbemiddeling. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het leveren van zorg binnen de Treeknormen onderdeel vormt van de inkoopcontracten die hij sluit met zorgaanbieders.

5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat GGZ-instelling Fivoor niet alleen reclasseringszorg en forensische zorg verleent. Hij heeft verzoeker echter niet verwezen naar deze GGZ-instelling vanwege zijn specifieke wensen. Verzoeker wilde alleen naar het dr. Leo Kannerhuis en wilde vanaf zijn woning niet meer dan twintig kilometer reizen.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op een schadevergoeding van € 650,- per maand, omdat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht met betrekking tot wachtlijstbemiddeling heeft geschonden. Tevens is in geschil of de ziektekostenverzekeraar zijn inkoopbeleid moet aanpassen zodat zijn verzekerden de zorg gegarandeerd binnen de daarvoor geldende Treeknormen kunnen ontvangen.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18.10 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op Generalistische Basis GGZ bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Geestelijke gezondheidszorg is het vaststellen en behandelen van een psychische stoornis. Het doel is daarbij uw geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren. Bij Generalistische Basis GGZ wordt u niet opgenomen.*

**Algemeen**

*Als u 18 jaar of ouder bent vergoeden wij Generalistische Basis GGZ bij diagnostiek en behandeling, herstel of het voorkomen van een verergering van een DSM-stoornis. Het mag hierbij niet gaan om Gespecialiseerde GGZ. Het gaat om zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. Wij vergoeden ook internetbehandelingen.  
(...)”*

- 8.4. Artikel 18.11 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op Gespecialiseerde GGZ bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg is het vaststellen en behandelen van een complexe (ingewikkelde) psychische stoornis. Het doel is daarbij uw geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren. Voor sommige psychische behandelingen kunt u worden opgenomen in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.*

**Algemeen**

*Als u 18 jaar of ouder bent vergoeden wij Gespecialiseerde GGZ bij behandeling, herstel of het voorkomen van een verergering van een DSM-stoornis. Hieronder wordt verstaan: diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en specialistische behandeling van complexe (ingewikkelde) psychische aandoeningen. Het gaat om zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden.  
(...)”*

- 8.5. Artikel 3 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“(…)”*

**Cruciale zorg gegarandeerd**

*Door financiële afspraken die wij maken met zorginstellingen kan het voorkomen dat sommige zorginstellingen tijdens het jaar hun omzetplafond bereiken. In die gevallen is de cruciale zorg voor u gegarandeerd (dit wil zeggen ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisiszorg GGZ) maar meestal ook zorg als u al bij die zorginstelling in behandeling bent. Als de zorginstelling langere wachttijden heeft dan landelijk is afgesproken, kunt u contact opnemen met onze Medisch Advies Groep. Zij kunnen u helpen met wachtlijstbemiddeling. Verwijzing vindt altijd plaats naar een andere zorginstelling.*

**Medisch Advies Groep**

*De Medisch Advies Groep bestaat uit ervaren medisch adviseurs, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Bij deze afdeling kunt u terecht voor:*

- advies over uw gezondheid of over ziekte;
- medisch inhoudelijke vragen, bijvoorbeeld over hulpmiddelen, mondzorg, wijkverpleging, Zvw-pgb, fysiotherapie, zorg in het buitenland;
- wachtlijstbemiddeling, voor zowel lichamelijk als geestelijke behandelmogelijkheden.

*(...)”*

- 8.6. De artikelen 3, 18.10 en 18.11 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond

van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

GGZ is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.9. Artikel :74 BW luidt, voor zover hier van belang:

*"1. Iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis verplicht de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.*

*(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

9.1. De zorgverzekering biedt, gelet op de artikelen 18.10 en 18.11, dekking voor GGZ, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker is aangewezen op deze zorg. Hetgeen hen verdeeld houdt, is of de ziektekostenverzekeraar is tekort geschoten in de op hem rustende zorgplicht om desgevraagd activiteiten te verrichten die zijn gericht op het verkrijgen van de zorg of diensten door een verzekerde ('wachtljstbemiddeling'). Deze verplichting is, als het gaat om de restitutieaanspraken, vastgelegd in artikel 11, eerste lid, onder b, Zvw. Volgens de ziektekostenverzekeraar is in dit geval geen verzoek gedaan tot wachtljstbemiddeling, maar tot 'wachtljstverdringing'. Verzoeker heeft immers verzocht te bewerk-stellingen dat hij sneller bij de GGZ-instelling van zijn keuze (het dr. Leo Kannerhuis) terecht kon dan de daar bestaande wachtljst toeliet. 'Wachtljstverdringing' valt volgens de ziektekostenverzekeraar niet onder genoem-de zorgplicht. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.


9.2. Gelet op de bewoordingen van artikel 11, eerste lid, onder b, Zvw, moet de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerde bij wachtljstbemiddeling – op diens verzoek – trachten te *bemiddelen naar zorg*, en dus niet naar een specifieke zorgaanbieder. Tevens is 'wachtljstverdringing' voor de ziektekostenverzekeraar praktisch niet uitvoerbaar, omdat hij daarover geen contractuele afspraken heeft gemaakt – en ook niet kan maken – met zorgaanbieders. Het ongewenste gevolg hiervan zou immers zijn dat verzekerden van de zorgverzekeraar die het meeste betaalt of die de meeste marktmacht heeft altijd voorgaan, zo nodig ook op andere verzekerden van een andere zorgverzekeraar met een meer acute zorgvraag. Dit effect is niet door de wetgever beoogd. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar daarom in zijn stelling dat het bewerkstelligen van 'wachtljstverdringing' niet tot zijn zorgplicht behoort.

- 9.3. Uit het verslag van het telefoongesprek tussen verzoeker en een medewerker van de ziektekostenverzekeraar op 19 februari 2018 komt naar voren dat verzoeker aanvankelijk heeft aangedrongen op 'wachlijstverdringing' ("*Hij wil niet naar een andere instelling.*") Het gesprek heeft zich vervolgens in een andere richting ontwikkeld. ("*Hij wil alleen WLB zodat hij dan verder kan met zijn klachten. Daarna toch wel dat er gebeld zal moeten worden.*") De commissie maakt hieruit op dat verzoeker - in tweede instantie - open stond voor behandeling in een andere GGZ-instelling dan het dr. Leo Kannerhuis. Verzoeker heeft dus een verzoek voor wachlijstbemiddeling gedaan.
- 9.4. De vraag die vervolgens moet worden beantwoord, is of de ziektekostenverzekeraar zijn wettelijke (inspannings)verplichting in het kader van het verzoek voor wachlijstbemiddeling is nagekomen. Volgens verzoeker is dit niet het geval, omdat de ziektekostenverzekeraar geen GGZ-instelling heeft kunnen vinden waar hij tijdig voor de door hem benodigde zorg terecht kon, terwijl achteraf is gebleken dat er twee GGZ-instellingen waren die verzoeker op dat moment konden behandelen. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegen ingebracht dat GGZ-instelling Fivoor zich richt op zeer specifieke patiëntengroepen, waartoe verzoeker niet behoort. Tijdens deze procedure heeft hij dit genuanceerd. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoeker vanaf zijn woning niet meer dan twintig kilometer wilde reizen, zodat de GGZ-instelling in Leiden geen optie was. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting erkend dat Fivoor – naast reclasseringszorg, forensische zorg en GGZ voor specifieke patiëntengroepen – GGZ voor andere patiëntengroepen aanbiedt. Verzoekers zorgvraag stond dus niet in de weg aan behandeling door deze GGZ-instelling. Verzoeker heeft gesteld dat Fivoor geen wachlijst had, zodat hij direct begin 2018 bij deze instelling voor behandeling terecht had gekund. Dit is door de ziektekostenverzekeraar niet betwist en wordt daarom door de commissie als vaststaand aangenomen. Verzoeker heeft verklaard dat Fivoor in zijn woonplaats is gevestigd en op tien minuten reisafstand van zijn woning ligt. Deze afstand kan (hemelsbreed) geografisch gezien dan ook niet meer dan twintig kilometer bedragen. De ziektekostenverzekeraar had verzoeker, gelet op het voorgaande, indertijd moeten verwijzen naar Fivoor. Dit heeft hij niet gedaan. De ziektekostenverzekeraar is daarom tekortgeschoten in de op hem rustende wettelijk zorgplicht tot wachlijstbemiddeling. Gesteld noch gebleken is dat deze tekortkoming de ziektekostenverzekeraar niet kan worden toegerekend. Uit artikel :74 BW volgt dat de ziektekostenverzekeraar in beginsel gehouden is de uit deze tekortkoming voor verzoeker voortvloeiende schade te vergoeden.
- 9.6. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat hij schade ten bedrage van € 650,-- per maand heeft geleden. De commissie geeft verzoeker tot twee weken na het uitbrengen van deze tussenuitspraak de gelegenheid het causale verband tussen de tekortkoming en de gestelde schade alsmede de hoogte van de schade te onderbouwen. De ziektekostenverzekeraar krijgt vervolgens twee weken de gelegenheid op de van verzoeker ontvangen nadere onderbouwing te reageren. De commissie tekent hierbij aan dat zij op grond van artikel 15, derde lid, van haar reglement geen vergoeding voor immateriële schade toekent. Zij houdt iedere beslissing op het punt van de door verzoeker gevorderde schade, gelet op het voorgaande, aan.

#### **Inkoopbeleid ziektekostenverzekeraar**

- 9.7. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar zijn inkoopbeleid moet aanpassen zodat zorg kan worden verkregen binnen de vastgestelde Treeknormen. De door verzoeker afgesloten zorgverzekering heeft een restitutiekarakter, hetgeen een recht op 'vrije artsenkeuze' met zich brengt. Verzoeker is daarom niet gehouden zorg af te nemen van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Het inkoopbeleid van de ziektekostenverzekeraar raakt verzoeker daarom niet direct. De commissie laat dit punt om die reden verder rusten.

















10. Tussenuitspraak



10.1. De commissie beslist dat:

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
1. de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in de op hem rustende zorgplicht om desgevraagd activiteiten te verrichten die zijn gericht op het verkrijgen van de zorg of diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, Zvw;
  2. verzoeker het causale verband tussen de door hem gestelde schade en de tekortkoming door de ziektekostenverzekeraar alsmede de hoogte van de gestelde schade binnen twee weken na dagtekening van deze tussenuitspraak nader mag onderbouwen;
  3. de ziektekostenverzekeraar op de nadere onderbouwing van verzoeker van zijn verzoek om schadevergoeding binnen twee weken mag reageren;
  4. zij in afwachting hiervan iedere verdere beslissing met betrekking tot de gevorderde schade aanhoudt;
  5. het punt van de gevorderde wijziging van het inkoopbeleid in deze zaak kan blijven rusten.

Zeist, 22 mei 2019,

L. Ritzema